



DIP. DI PREVENZIONE
S. C. Igiene e Sanità Pubblica
S.S. Strategie Vaccinali
Via Operai, 80 Fiumara

Prot. n. del

Vaccinazioni raccomandate nel secondo anno di vita

D.M. Sanità 07/04/99 e Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale (D.G.R. 891 del 19/07/13 e 1701 del 22/12/2014)

Con la presente Vi invitiamo a far vaccinare il Vostro bambino, nel 13° - 15° mese di vita, verso **Morbillo - Parotite – Rosolia, Meningococco C e Varicella** secondo il seguente calendario

ETA'	NOTE	RACCOMANDATE
13° mese	Dopo il completamento del ciclo del primo anno di vita	Morbillo parotite rosolia ----- meningococco C
15° mese	Dopo almeno 30giorni dalla vaccinazione morbillo parotite rosolia	Varicella

Ulteriori notizie sono inserite nel sito aziendale ASL 3 Genovese : www.asl3.liguria.it

Notizie Utili

A partire dall'anno di nascita 2014 la Regione Liguria offre, gratuita, la vaccinazione contro la varicella.

Prosegue la campagna di vaccinazione per morbillo e rosolia per il raggiungimento degli obiettivi proposti dal "Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2011-2015"

In alternativa al vaccino meningococco C è possibile effettuare, in regime di co-pagamento, meningococco A,C,W135,Y

Le vaccinazioni sono effettuate presso gli ambulatori della S.C. Igiene e Sanità Pubblica secondo le modalità nel retro indicate.

Il Pediatra di fiducia, i Pediatri e i Medici dei Centri Vaccinali delle A.S.L., potranno fornirVi tutte le informazioni da voi ritenute utili.

Qualora le vaccinazioni venissero eseguite dal pediatra di libera scelta o privatamente, Vi invitiamo a farle registrare presso le sedi della S.C. Igiene e Sanità Pubblica presentando il certificato redatto dal medico vaccinatore o inviando lo stesso via **fax** al numero **010 - 8497040** o tramite e-mail Strategie.Vaccinali@asl3.liguria.it.

Il Dirigente Responsabile
Dottor Valter Turello

ACCESSO LIBERO

N.B. In caso di **sovraffollamento**, per consentire un adeguato svolgimento dell'attività vaccinale, la distribuzione dei **numeri** potrà essere **sospesa prima della chiusura** dell'ambulatorio

**ACCESSO SU
APPUNTAMENTO**

- Telefonando al **CUP n° verde 800 098543** solo da rete fissa o al n° **010 5383400** anche da cellulare.
- Recandosi nei punti di prenotazione CUP, nelle Farmacie o presso i medici aderenti al servizio CUP.

SEDI AMBULATORIALI VACCINALI

SEDE	ACCESSO LIBERO	ACCESSO SU APPUNTAMENTO
Prà "Villa de' Mari" Via de' Mari, 1b 2° piano – stanza 15	lunedì - mercoledì - venerdì 8.10 ÷ 12.00	mercoledì 13.30 ÷ 16.30
Pegli Via Pegli, 43 N (ex ospedale Martinez) 1° piano – stanza 3		martedì 13.30 ÷ 16.30
Arenzano P.za Golgi GH (poliambulatorio spec) piano terra – stanza 1	martedì 8.30 ÷ 12.30	
Masone Via Massolo, 1 piano terra	giovedì 8.30 ÷ 12.30	
Sestri Ponente Via Soliman, 7 (ex Manif. Tabacchi) piano terra - stanza 9	lunedì - giovedì - venerdì 8.10 ÷ 12.00	
Sampierdarena Palazzo della Salute "Fiumara"-Via Operai,80 1° piano - stanze 34 - 35	dal lunedì al venerdì 8.10 ÷ 12.00	lunedì - mercoledì - giovedì 13.30÷16.30
Bolzaneto Via Bonghi, 6 3° piano – stanze 1 - 2	dal lunedì al venerdì 8.10 ÷ 12.00	martedì 13.30 ÷ 16.30
Borgo Fornari C.so Trento e Trieste, 130 1° piano - stanza 1	mercoledì 8.30 ÷ 12.30	
S. Fruttuoso Via Archimede,30/A 1° piano - stanze 34 - 35		dal lunedì al venerdì 8.10 ÷ 12.00 e lunedì -martedì - mercoledì 13.30÷16.30
Struppa Palazzo della Salute "Doria"-Via Struppa, 150 piano terra – stanza 3	dal lunedì al venerdì 8.10 ÷ 12.00	
Torriglia Via della Provvidenza, 60		giovedì 8.30 ÷ 12.30
Sturla Via Bainsizza, 42 piano terra – stanze P - U	dal lunedì al venerdì 8.10 ÷ 12.00	martedì - mercoledì - giovedì 13.30÷16.30
Nervi Via Missolungi, 14 (ex Ospedale di Nervi) piano ambulatori – stanza 65	martedì - mercoledì - venerdì 8.10 ÷ 12.00	
Recco Via Bianchi, 1 (ex Osp. Recco) piano terra – stanza 15	lunedì - mercoledì - venerdì 8.30 ÷ 12.00	

I minori devono essere accompagnati da un genitore munito di documento di riconoscimento valido o da persona delegata a rappresentarlo per fornire i dati necessari alla vaccinazione

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Documento n. _____ genitore di _____ nato/a il _____

DELEGO

il/la sig/ra _____ documento n. _____

a rappresentarmi presso l'ambulatorio vaccinale per il ritiro del certificato e/o la vaccinazione di mio/a figlio/a

data _____ firma _____

NB il delegato dovrà essere munito di documento di riconoscimento e dovrà esibire il documento (originale o copia) del genitore